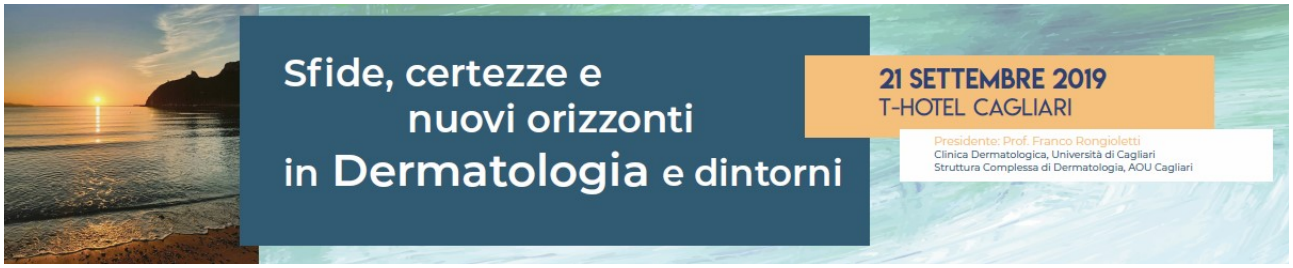

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Utilizzare la presente scheda per persona.
Si prega di compilare in stampatello e inviare entro il 10 settembre 2019
alla Segreteria Organizzativa Kassiopea Group Srl, via San Tommaso d'Aquino 20 – 09134 Cagliari
e-mail: domizianamessina@kassiopeagroup.com

Mi iscrivo in qualità di: ☐ **MEDICO CHIRURGO (disciplina_____)**

☐ **SPECIALIZZANDO**

☐ **INFERMIERE**

☐ **ASSISTENTE SANITARIO**

Cognome _____

Nome _____

codice Fiscale | __ | __ | __ | __ | __ | __ | __ | __ | __ | __ | __ | __ | __ | __ | __ | __ |

Luogo e data di nascita _____

Professione _____ Disciplina _____

Tel _____ Cell. _____

e-mail _____

INDIRIZZO LAVORO

Ente di appartenenza _____

Via e n° _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

INDIRIZZO DOMICILIARE

Via _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

email * _____

*Campo obbligatorio al fine della spedizione della conferma della registrazione.

Data	Firma

INFORMATIVA SULLA PRIVACY - Trattamento dati personali (Regolamento UE 679/2016)

Il sottoscritto _____autorizza al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 sulla privacy

Data_____Firma_____